Conselleria de Sanitat
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

La información contenida en esta encuesta es confidencial y su uso es estrictamente sanitario (Ley 14/1986, General de Sanidad, art. 10.3)

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN GONOCÓCICA

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____

Declarante: _____ Centro de trabajo: _____

Teléfono: _____

Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

SIP: _____ Historia Clínica: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [ ] meses [ ] días [ ] Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]

Domicilio: _____ Municipio: _____

Provincia: _____ Teléfonos: _____

Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____

Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____

Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____

Paciente extranjero: Sí [ ] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No [ ]

Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas ____/____/____ Fecha de diagnóstico ____/____/____

Forma clínica: Oftalmia Neonatorum [ ] Faringitis [ ] Proctitis [ ] Cercivitis [ ]

Uretritis [ ] Desconocida [ ] Otros [ ]

Descripción clínica

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Escozor uretral	☐	☐	☐
Leucorrea	☐	☐	☐
Disuria	☐	☐	☐
Eritema de meato	☐	☐	☐
Sangrado uterino	☐	☐	☐
Exudado mucopurulento	☐	☐	☐

Otros síntomas: (Citar): _____

Complicaciones: Sí [ ] No [ ] (Citar): _____ Desconocido [ ]

Ingreso en hospital: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___

Centro _____ Servicio _____

Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar _____

Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [ ] Especificar _____ Desconocida [ ]

DATOS LABORATORIO

Tipo de muestra:

	Positivo	Negativo	No Realizado	Pendiente	Dudoso	Desconocido	Fecha
Examen microscópico	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___ /___ /___
Cultivo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___ /___ /___
P C R	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___ /___ /___

Evaluación de resistencias: _____

Otras técnicas: (especificar técnica, resultado y fecha): _____ ___ /___ /___

_____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Pertenece a BROTE [ ] Caso aislado [ ] Agregación [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

TIPO DE CASO: Autóctono [ ] Importado [ ] País _____

Extracomunitario [ ] C. Autónoma _____ Pendiente [ ] Desconocido [ ]

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [ ] Confirmado [ ] Error Diagnóstico [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

Relaciones sexuales de riesgo: Usuario Prostitución [ ] Ejerce Prostitución [ ] Parejas múltiples [ ]

No riesgo sexual [ ] Desconocido [ ]

Estudio de contactos:

Se ha realizado estudio de contactos: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Se ha detectado algún caso nuevo en el estudio de contactos: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Nombre contacto: _____

Nombre contacto: _____

Nombre contacto: _____

Se ha realizado tratamiento de contactos: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Padece otras ETS: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Citar enfermedad/es: _____

Drogas: No consume [ ] EX UDVP [ ] UDVP [ ] Drogas no vía parenteral [ ] Desconocido [ ]

VIH: Positivo [ ] Negativo [ ] No Realizado [ ] Pendiente [ ] Dudoso [ ] Desconocido [ ]

PARA OFTALMÍA NEONATORUM:

Investigación de la madre: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Investigación de contactos de la madre: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Observaciones _____

_____